

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Juin 1892, à 1 heure

Par Charles CALLAIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Beauvais (Oise), le 19 janvier 1868

Contribution à l'Etude

DES

ERYTHÈMES DU NOUVEAU - NÉ

Président : M. TARNIER, professeur

Juges : MM. { BERGER, professeur
{ HUTINEL, POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 Juin 1892, à 1 heure

Par Charles CALLAIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Beauvais (Oise), le 19 janvier 1868

Contribution à l'Etude

DES

ERYTHÈMES DU NOUVEAU - NÉ

Président : M. TARNIER, professeur

*Juges : MM. { BERGER, professeur
 { HUTINEL, POIRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	DOYEN..... M.	BROUARDEL.
	PROFESSEURS.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		N.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		(G.) SEE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
		LEFORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voix urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'Honneur

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ERYTHÈMES DU NOUVEAU-NÉ

INTRODUCTION

Nous avons eu occasion, ces temps derniers, d'observer à l'Hospice des Enfants-Assistés, un assez grand nombre de nouveaux-nés, et il nous a été facile de voir, combien, à cet âge, sont fréquents les érythèmes de toute sorte, et combien aussi il est difficile parfois de se prononcer sur la signification de telle ou telle éruption. La grosse question qu'il s'agit de résoudre, celle que doit toujours se poser tout observateur, on la devine facilement : c'est de savoir, étant donné un érythème chez le nouveau-né, si cet érythème n'est autre qu'un premier et quelquefois unique stigmatte d'une infection syphilitique héréditaire ; question grosse de conséquences, qu'il faut, dans le domaine du possible, élucider, et souvent même sans tarder, car il importe au plus haut point de savoir, si l'enfant qu'on soupçonne atteint de syphilis, est, de par les caractères mêmes de son éruption, voué à une mort certaine, de savoir, si lui-même n'a pas déjà fait des victimes en contaminant, soit sa nourrice, soit des personnes de son entourage. Il est à peine besoin de faire remar-

quer à quelles fâcheuses méprises peut conduire, en pareil cas, un diagnostic fait à la légère : on est exposé, faute d'examen suffisant, à méconnaître une affection syphilitique, à la confondre avec une altération sans gravité, et un jour la contamination vient prouver qu'on n'a pas su éviter une terrible complication. D'autre part, erreur non moins fâcheuse, on risque d'accuser à tort un enfant de syphilis, et par cela même on accuse ses parents, alors qu'ils sont indemnes. — Telles sont les considérations qui nous ont engagé à faire, *des érythèmes chez le nouveau-né*, le sujet de cette étude, à recueillir ce qu'en ont dit jusqu'ici les maîtres les plus autorisés, à réunir les opinions souvent dissemblables, afin de savoir dans quel cas nous pouvons arriver dans un diagnostic souvent si difficile, à une ferme certitude, dans quels autres cas, au contraire, nous ne devons donner aux caractères objectifs d'une éruption qu'une valeur de présomption ou de probabilité. C'est dire que le but que nous nous proposons est : d'envisager dans une vue d'ensemble les éruptions du premier âge, de les étudier au double point de vue et de leur valeur seméiologique, et de leur valeur pronostique.

Les érythèmes, quelle qu'en soit la nature, sont d'une fréquence extrême chez le nouveau-né. Nous avons noté, dans un espace de 19 jours, tous ceux des enfants entrants qui présentaient des éruptions de toutes sortes. Tous ont été pris dans les mêmes conditions d'âge, et avaient de 1 jour à 5 mois inclusivement. Sur 141 enfants entrés depuis le 18 mai jusqu'au 6 juin, nous n'en avons pas compté moins de 32 atteints d'érythème.

Autrement dit, dans 23 pour 100 des cas, on aura occasion de rencontrer un nouveau-né porteur d'une éruption. On pourrait nous objecter que nous avons observé dans un milieu spécial où la syphilis n'est point rare. Pourtant nous ferons remarquer que sur tous ces cas, 3 seulement étaient nettement contaminés. Cela veut dire qu'on aura aussi souvent l'occasion d'être embarrassé dans la pratique civile que dans le milieu hospitalier.

Il nous semble commode de réunir sous trois chefs les érythèmes que nous avons le plus souvent rencontrés. Dans un premier groupe nous étudierons les *Erythèmes simples, non spécifiques*. Dans un deuxième, nous examinerons avec tout le développement qu'ils comportent, les *Erythèmes syphilitiques*. Dans un troisième enfin, nous dirons quelques mots de certains érythèmes n'ayant avec les précédents aucun rapport, *Erythèmes fortuits* de coïncidence, qui n'appartiennent pas en propre au nouveau-né, car on les observe à tout âge, mais ils sont assez souvent chez les tout jeunes enfants pour trouver place ici. Nous n'aurons, dans l'étude de cette dernière classe, aucune difficulté sérieuse pour éliminer le diagnostic syphilis, diagnostic sur lequel doit toujours porter toute notre attention. Ainsi un enfant porteur d'eczéma ou d'impetigo par exemple, ne pourra guère être pris pour un enfant suspect de spécificité. — Mais s'il est entre nos deux derniers groupes des distinctions bien tranchées, il n'en est pas de même entre les érythèmes de notre première et ceux de notre seconde classe. Il existe là une zone de transition, une foule de cas intermédiaires, où le diagnostic restera souvent en suspens ;

car telle éruption considérée naguère avec Parrot comme sûrement syphilitique, sera maintenant regardée par beaucoup d'auteurs comme non spécifique, et inversement. Forcément donc notre classification reste artificielle, mais on nous pardonnera d'opposer ainsi dans deux chapitres distincts deux sortes d'érythèmes, dont nous avons voulu faire ressortir l'essence éminemment bénigne pour les uns, l'essence éminemment dangereuse et spécifique pour les autres.

§ I. — Erythèmes simples

Nous admettons donc cette première définition d'*érythèmes simples*, voulant spécifier par là leur nature bénigne par oppositon aux érythèmes spécifiques. S'il était besoin d'une autre épithète, nous pourrions les appeler *érythèmes diarrhéiques*, car telle est la relation de ces éruptions et de la diarrhée, que nous n'avons jamais observé l'une sans l'autre, et que la première semble reconnaître la seconde pour cause. Il nous serait difficile d'établir la fréquence réelle de l'érythème de diarrhée, parce qu'il n'est, pour ainsi dire, pas de nouveau-né qui, tenu en observation pendant un temps suffisant, ne présente quelque affection cutanée de ce genre. Il est remarquable en effet de voir avec quelle sensibilité réagit, vis-à-vis de tout excitant extérieur, le tégument d'un tout jeune enfant. D'ailleurs la coloration rosée normale de la surface du corps, témoigne de la vitalité toute spéciale de la peau à cet âge.

Tenant compte de cette prédisposition, une seule cause semble nécessaire à l'apparition d'un érythème : c'est le contact des matières irritantes, lesquelles dans le cas particulier ne sont autres que l'urine, les matières fécales. Plus rarement, il y aura un véritable traumatisme, frottement par les langes, capable d'amener consécutivement une ulcération mécanique. Dans tous nos cas nous avons noté avec soin la co-existence de la diarrhée.

On sait combien sont fréquentes les diarrhées du premier âge. Souvent dues à un simple vice dans l'alimentation, elles peuvent être légères, de faible durée,

sans gravité. Mais de là jusqu'aux diarrhées essentiellement infectieuses, véritable choléra infantile, il n'y a qu'une suite de graduations insensibles, inévitablement franchies si l'enfant reste dans certains milieux spécialement infectés, comme l'hospitalisation. Pendant toute cette durée d'un état progressivement cholériforme, l'érythème ne manque, pour ainsi dire, jamais, mais il affecte différents caractères, suivant l'époque considérée. Aussi nous faut-il, parallèlement aux modifications que subit l'état général d'un nouveau-né, pendant cette infection progressive dont le dernier terme est l'athrepsie, décrire plusieurs modalités dans les caractères objectifs de notre érythème simple. Celui-ci dans ses évolutions parcourra une suite d'étapes dont les principales sont : l'état de *simple rubéfaction* de la peau, ou érythème simple proprement dit ; l'état vésiculeux ou stade l'*érythème vésiculeux* ; l'état d'ulcération ou troisième degré : *érythème ulcéré* ; enfin l'état si longtemps discuté dans sa nature, l'état d'*érythème-papulo-érosif*.

Donc, si nous ajoutons que parmi les diarrhées si fréquentes du jeune âge, beaucoup sont acides, comme il est facile de s'en assurer par le papier de tournesol, nous trouvons constamment réunies plusieurs conditions qui, en s'associant en proportion variable, modifieront les caractères primitifs de l'érythème diarrhéique. Etat général plus ou moins alarmant, diarrhée liquide irritante, réaction acide : voilà trois facteurs suffisants pour créer différents types d'éruption locale. Vienne à cesser la cause et ces altérations cutanées, au lieu d'aboutir au dernier degré de complexité qui est celui de *syphiloïdes*-

post-érosives rétrocéderont, sans avoir parcouru en entier la chaîne des lésions anatomiques dont le terme ultime est la papule.

I. — Le premier degré le plus léger comme aussi le plus fréquent, est caractérisé par une simple rougeur de la peau, une simple *rubéfaction*. Plus ou moins intense, de couleur uniformément rouge, sans aucune saillie ni élévation, disparaissant par la pression, cet érythème essentiellement simple, apparaît sous forme d'une zone de rubéfaction autour de l'anus. Cette zone qu'aucune limite ne sépare des téguments sains, s'étend par dégradations insensibles sur ses confins. Elle peut, à partir de l'orifice anal, recouvrir une surface variable, gagner le périnée, le scrotum ou les grandes lèvres, la face interne des cuisses, et surtout la saillie des fesses, point de frottement maximum. Cette rubéfaction peut disparaître en quelques heures, ne laissant après elle aucune trace, si le contact de tout liquide irritant cesse.

Il serait difficile, à ces caractères, de confondre cet érythème avec tout autre. Seul un *érysipèle* au début pourrait faire naître une confusion. Mais ce dernier affecte un tout autre siège de prédilection, et chez le nouveau-né, c'est, comme l'on sait, autour de l'ombilic qu'il faut en rechercher la première apparition. D'autre part la présence d'un bourrelet caractéristique de l'exanthème fébrile, dissiperait tout espèce de doute.

II. — Il est rare que l'érythème simple reste à un degré aussi léger. Le plus souvent il passe à un stade d'efflorescence plus vive. Alors il affecte le caractère vésiculeux.

C'est là l'*érythème vésiculeux*, dont la description se trouve en entier dans les leçons de Parrot sur l'athrepsie.

Avant d'en donner les principaux caractères, une objection fondamentale pourrait nous être posée : l'érythème vésiculeux n'est-il pas déjà autre chose qu'un érythème simple, bénin ? N'est-il pas d'une nature spéciale, de nature « *athrepsique* ». On sait que Parrot faisait de l'athrepsie une affection d'essence et de nature spéciale, non encore déterminée, et ayant parmi ses symptômes propres l'érythème vésiculeux que nous étudions. Aussi ce dernier était pour lui « *symptomatique de l'athrepsie* ». Or, si l'athrepsie est, en un mot, une maladie nouvelle, ne devrions-nous pas laisser au chapitre de l'athrepsie l'érythème vésiculeux qui lui appartient en propre, de même que les taches rosées lenticulaires ne peuvent être distraites de l'étude de la fièvre typhoïde ?

La conception de l'athrepsie, telle que la comprenait Parrot, n'a pas fait fortune, et d'un commun accord les opinions actuelles voient dans l'athrepsie, non pas une maladie nouvelle d'essence indéterminée, mais seulement un aboutissant commun de toutes les affections capables de débilitier les organismes jeunes, telle la diarrhée cholériforme, par exemple, qui revendique parmi ces dernières la première place.

L'athrepsie n'est pas plus une maladie chez l'enfant, que la cachexie n'est une maladie chez l'adulte : l'athrepsie est la cachexie de l'enfant. Cette question de nature étant élucidée, l'érythème vésiculeux réclame pleinement sa place ici et rentre bien dans la classe des érythèmes

simples ou diarrhéiques. Cependant il faut bien préciser, et comme l'a bien fait remarquer *M. Sevestre* dans ses leçons cliniques, on se tromperait fort si l'on ne s'attendait à rencontrer l'érythème vésiculeux que dans les états athrepsiques, car en réalité c'est presque toujours en dehors de l'athrepsie qu'on l'observera.

La description de l'érythème vésiculeux, faite dans tous ses détails par *Parrot*, a été reproduite après lui par *M. Sevestre* qui, à plusieurs reprises, en a bien donné les principaux caractères. Voici comment il se présente : sur de petites taches rouges isolées, à peine larges de un à deux millimètres, ou groupées de manière à former des plaques d'étendue variable, on voit apparaître de petites vésicules contenant un liquide louche. Ces vésicules, d'égale dimension pour la plupart, et toutes de très petit volume, donnent à l'éruption une certaine analogie avec la miliaire.

Rarement on a l'occasion d'examiner l'éruption à cette période; car, très rapidement, les vésicules aboutissent à deux transformations distinctes : ou bien elles se dessèchent, et c'est là le cas le plus fréquent, ou bien elles crèvent, laissant à leur place de fort petites ulcérations d'un rouge vif.

Généralement l'ensemble de cette éruption repose sur un fond uniformément rouge, mais la rougeur comme le fait remarquer *M. Sevestre* ne descend pas au fond des plis. Le siège de l'éruption affecte une prédilection marquée pour le sommet des fesses, puis la moitié supérieure de la face postérieure des cuisses, le scrotum ou les grandes lèvres, le périnée. C'est seulement aux points

les plus reculés de l'éruption qu'on aura le plus de chance de découvrir encore quelques vésicules intactes.

Il semble assez facile à ces caractères de reconnaître l'érythème vésiculeux. Cependant *Parrot* recommande de ne pas le confondre avec la *variole* ou avec la *roséole*. L'embarras ne saurait être de longue durée, disons-le, car variolique ou rubéolique il ne se localise pas aux régions péri-anales, et de plus, il s'accompagne d'un état fébrile qui n'existe pas dans l'érythème simple. Seules quelques vésicules de *gale* situées à l'extrémité d'un sillon, pourraient prêter à la confusion, mais celles-ci ne sont pas, comme les vésicules érythémateuses, entourées d'une zone rouge. De plus, de par la co-existence même de sillons, elles seront aisément reconnues.

Il nous reste avant de quitter l'étude de l'érythème vésiculeux, à dire un mot de sa valeur pronostique. Nous avons vu que *Parrot* en faisait la signature de l'athrepsie, et nous savons qu'il n'en est pas en réalité ainsi. D'autre part *Valleix* les considérerait comme d'un fâcheux pronostic, car, pour lui, l'érythème vésiculeux annonce l'apparition prochaine du muguet, état grave qui indique une souffrance du nouveau-né. Nous savons aussi quelle est maintenant la signification exacte du muguet et la relation établie par *Valleix* entre cet érythème et le muguet, n'est nullement prouvée. Nous ne pouvons y voir autre chose qu'une co-existence fortuite. Donc, au demeurant, l'érythème vésiculeux n'a aucune valeur pronostique grave, car c'est souvent chez les enfants les plus vigoureux qu'on le rencontre.

III. — Il est extrêmement fréquent d'observer chez

l'enfant à la mamelle l'érythème diarrhéique arrivé à un stade plus avancé, à la phase des ulcérations. C'est maintenant cet *érythème ulcéré* que nous allons étudier. Celui-ci ne reconnaît pas d'autre cause que la confluence en un ou plusieurs endroits de nombreuses vésicules déchirées, d'où résulte une modification dans l'aspect du type primitif vésiculeux. Les ulcérations, plus ou moins nombreuses, ont des bords extrêmement découpés ; leur surface d'ulcération, nullement surélevée, par rapport aux téguments ambiants, offre une coloration d'un rouge vif, vernissé, luisant. Quelques-unes arrivent à mesurer de un à plusieurs centimètres. Les plus longues et les plus larges sont le plus souvent celles qui bordent la région fessière en dedans. En dehors de ces deux principales plaques ulcérées, qui semblent encadrer l'orifice anal, et qui répondent au point maximum de frottement (saillie des fesses), on en voit une foule d'autres d'autant plus petites en surfaces qu'elles sont plus externes. Toutes affectent volontiers les caractères d'ulcérations *serpigineuses*. Elles sont reliées les unes aux autres par un fond uniformément rouge. Chacune d'elles est le siège d'un suintement qui tache le linge en gris ou en jaune rosé et l'empêse. Le siège est donc le même que dans l'éruption vésiculeuse, mais ici les ulcérations sans-cesse irritées, peuvent s'étendre au loin ; aussi c'est presque toujours chez des enfants porteurs d'un érythème ulcéré, que nous avons rencontré des *ulcérations talonnières*. Nous pensons donc que ces dernières doivent être signalées ici, à côté de l'*érythème ulcéré* dont elles ne représentent qu'une dernière, mais quelquefois profonde localisation à distance.

La cause de ces ulcérations talonnières est vraisemblablement la même que celle des ulcérations fessières. De même que celles-ci, elles sont très communes. Nous les avons notées sur un certain nombre de nos observations où elles co-existaient avec des ulcérations serpigineuses du pourtour de l'anus. Le frottement si fréquent des talons est sans doute la cause de cette localisation, et ces ulcérations quelquefois profondes de plusieurs millimètres, et larges de 1 centimètre ne sont guère que des excoirations mécaniques. Tous les auteurs sont d'accord pour ne leur attribuer aucune relation avec la syphilis.

Les ulcérations peuvent s'étendre plus loin encore, et lorsqu'elles siègent à la base ou pourtour d'un ongle, elles constituent le *Péri-onyxis ulcéreux*. Un élément inflammatoire ne tarde pas à se greffer sur toute solution de continuité qui enchasse l'ongle, et alors on assiste aux différentes variétés *d'onyxis* et de *périonyxis*. De l'avis même de *Parrôt* les ulcérations unguéales ne doivent pas être rangées dans la syphilis héréditaire, avec laquelle elles peuvent coïncider, mais sans affecter avec elle aucune parenté. Voilà pourquoi l'onyxis, au même titre que les ulcérations talonnières, n'a aucun cachet de spécificité. Il n'est autre qu'une ulcération simple avec un élément inflammatoire en plus. L'onyxis sec peut donner lieu à l'atrophie de un ou plusieurs ongles qui tombent pour être remplacés souvent plusieurs fois de suite, par d'autres ongles de plus en plus vivaces. Le périonyxis ulcéreux peut donner lieu aux mêmes phéno-

mènes d'atrophie unguéale, mais le plus souvent, c'est à plusieurs doigts à la fois qu'on l'observe.

IV. — En parvenant à sa dernière étape, l'érythème diarrhéique va donner lieu à un nouveau type d'éruption beaucoup plus complexe, bien plus longtemps méconnu dans sa nature et considéré, il y a quelques années encore, comme d'essence absolument spécifique. L'érythème dont il s'agit, est diversement dénommé par les auteurs. *Parrot*, à deux reprises, le décrit. D'abord considéré par lui, comme « *symptomatique de l'athrépsie* » au même titre que l'érythème vésiculeux étudié plus haut, il fut appelé *érythème papuleux*. Plus tard *Parrot* le rangea dans le groupe des affections syphilitiques, le décorant du nouveau nom de *syphilide lenticulaire*. Malgré l'affirmation du maître, cet érythème fut considéré, comme un érythème non spécifique se rencontrant bien souvent en dehors des cas de syphilis avérée. *M. Jacquet* indiqua à plusieurs reprises la signification et la pathogénie de cet érythème non spécifique qu'il baptisa du nouveau nom de « *syphiloïde post érosive* » *M. Sevestre* propose le nom de *érythème lenticulaire*, afin d'éloigner davantage encore l'idée de syphilis, l'expression syphiloïde pouvant établir une confusion avec les *syphilides*. D'autres auteurs l'appellent *érythème papulo érosif*.

Il est incontestable que la plupart des érythèmes papulo-érosifs, ne ressortissent pas de la syphilis héréditaire et ne sont que l'aboutissant ultime de la vésicule érythémateuse transformée. La preuve en est que le plus grand nombre des exanthèmes de ce genre, observé pendant un temps suffisant, ont disparu entièrement et l'enfant

n'a jamais par la suite présenté la moindre trace de tare spécifique héréditaire. Mais au point de vue objectif pur, l'éruption présente de telles analogies avec certaines papules syphilitiques, les caractères différentiels sont si souvent absents ou mal accusés, qu'en présence de tout nouveau-né présentant des syphiloïdes post érosives, notre conduite sera la même que s'il s'agissait d'un enfant contaminé. On peut donner comme principe formel que tout enfant atteint de papules ulcérées, devra momentanément au moins être supprimé à la nourrice gagée, dans la crainte de toute contagion.

L'existence de papules ulcérées, en dehors de toute nature syphilitique, étant admise, c'est ici que nous devons ranger le groupe des « *syphiloïdes post érosives* ». Comme nous l'avons dit, dans la série des érythèmes benins, la papule ulcérée ne représente que le dernier anneau d'une même chaîne, elle est l'aboutissant de l'érythème vésiculeux, étudié plus haut.

M. Jacquet a pu assister à la production de ces papules consécutives à des érosions d'où le nom de *Post-érosives* qu'il leur a données. En les observant, heure par heure, il a pu voir la transformation d'une simple macule ulcérée en papule, et voici la pathogénie qu'il en donne : (1) « Le » derme mis à vif, au niveau des érosions post-vésiculeuses, irrité par le contact de langes plus ou moins souillés, a bourgeonné, d'autant plus activement qu'il » s'agit d'un enfant vigoureux, dont la peau bien vascularisée a toute la vitalité désirable. Chaque érosion » donne ainsi naissance à une saillie dermique reprodui-

Jacquet, Thèse 88. *Syphiloïdes post érosives*.

» sant sa forme, calquée sur elle en un mot. De là, le
» néologisme de post érosive pour désigner cette papu-
» lation d'origine si spéciale. »

Objectivement, l'hérythème papulo érosif, se présente avec tous les caractères qu'en a donné Parrot, dans ses leçons sur l'athrépsie d'abord, puis dans ses leçons sur la syphilis. Il consiste en saillies lenticulaires, très aplaties ou demi sphéroïdales, n'ayant jamais plus d'un centimètre de large, généralement 4 à 5 millimètres. Elles sont de couleur violacée, rouge ou brune, aplaties et facilement explorables au doigt. Au centre l'épithélium qui les recouvre est luisant, au pourtour de la papule, il forme des plissements rayonnés. Aussi pourrait-on croire que l'épithélium manque au centre, mais, si l'on parvient à le détacher, on constate au contraire qu'il est épaissi, corné. Ces papules affectent quatre régions principales : la fesse, la moitié supérieure des cuisses, la moitié inférieure, le mollet, et dans chaque région, c'est à la partie centrale, qu'elles offrent les caractères les plus tranchés. Exceptionnellement, on en trouve à la région antérieure de la cuisse, ou au voisinage du pli de l'aîne, comme M. *Sevestre* a pu l'observer.

Enfin il faut signaler deux caractères de premier ordre au point de vue du diagnostic. L'un déjà signalé par Parrot est l'absence de ces papules *au fond des plis naturels de la peau*, à l'inverse de la syphilis qui peut se cantonner dans la profondeur de ces sillons. L'autre a été signalé par M. *Jacquet*, et l'auteur donne à ce symptôme une valeur pathognomonique ; c'est autour de la papule l'existence *d'un plissement rayonné à plis très fins*

et parallèles. Malheureusement ce signe fait souvent défaut.

Voilà les deux seuls caractères que l'on donne comme permettant de diagnostiquer une papule non spécifique, d'une papule syphilitique, avec laquelle la confusion est si facile. Aussi en présence d'un érythème papulo-érosif, l'embarras est-il bien grand, pour décider si l'enfant est contaminé ou non. Afin de mieux apprécier la valeur des signes qui distinguent une papule syphilitique d'une pseudo-papule, on nous permettra de remettre à plus tard, après l'étude des érythèmes syphilitiques l'importante question des diagnostics différentiels. C'est seulement après les avoir mis l'une et l'autre en parallèle, que nous pourrons arriver à des conclusions aussi exactes que possible. C'est le point le plus obscur, le plus difficile à élucider, dans l'étude des érythèmes du nouveau né.

Nous terminons ici la description des érythèmes simples. Nous avons déjà fait remarquer combien l'opinion qui attribue une valeur pronostique à quelques-unes de leurs variétés est peu fondée. Il n'y a aucun rapport à établir entre la complexité du type affecté par l'éruption et l'état général du petit malade : et par exemple le dernier terme de la série, l'érythème papulo-érosif, ne coexiste pas forcément avec un état général grave. Toutefois, disons-le, sans être le symptôme obligé de l'athrepsie, l'érythème en est le compagnon habituel. Lorsqu'un enfant est atteint de diarrhée infectieuse, avec vomissement, lorsque diminuant rapidement de poids, il a le teint plombé les yeux encavés, la peau sèche, plissée et rétractée, que

les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre, il est exceptionnel que l'un ou l'autre des érythèmes décrit plus haut, ne vienne pas faire partie de tout ce cortège symptomatique que résume un seul mot ; l'état cholériforme. Mais là encore il n'existe que comme la conséquence de la diarrhée.

Voilà croyons-nous comment il faut interpréter la signification des érythèmes simples dans les états généraux. Ainsi donc jusqu'ici dans ce travail, nous avons dû reléguer au second plan l'influence de l'état général. — Maintenant au contraire, en abordant les érythèmes dans la syphilis, l'état général devient tout. Il est temps de lui restituer sa préséance, car, nous le verrons, on s'exposerait souvent à une bien grosse erreur si, n'interrogeant que l'éruption en elle-même, on ne tâchait de deviner, au-dessus d'elle, un organisme d'ores et déjà profondément infecté.

§ II. — Des Erythèmes dans la Syphilis héréditaire

La syphilis héréditaire était connue depuis longtemps déjà, cette maladie « *préhistorique* » n'était pas passée inaperçue, et *Gaspard Torella* en 1498, *Paracelse* en 1559, en avaient pressenti la nature. Mais au point de vue des Erythèmes syphilitiques que nous avons seuls à envisager ici, il faut arriver jusqu'à *Ambroise Paré* pour trouver la première mention de ces manifestations cutanées. « Souvent, dit-il, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère ayant cette maladie, et tout après, avoir plusieurs pustules sur le corps, lesquelles étant infectées, baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent. »

Depuis *Ambroise Paré* jusqu'à nos jours, nous allons assister à deux évolutions en sens inverse parmi les différentes manières de voir des auteurs, et nous pouvons grouper en deux périodes les principales conceptions relatives aux Erythèmes de la syphilis héréditaire précoce. Le nom de *Parrot* couronnera la première période, en même temps qu'il provoquera un courant nouveau, une véritable réaction dans la seconde période.

Dans une première phase, étendue depuis *Ambroise Paré* jusqu'en 1885, les auteurs sont de plus en plus pénétrés de l'importance sémeiologique des Erythèmes dans la syphilis. On n'avait que rarement l'occasion d'observer un grand nombre de nouveaux-nés à la fois. Seuls de 1781 à 1783, *Colombier*, *Fagues*, *Doublet*, *Mahon*, *Cullerier*, *Bertin* avaient laissé quelques observations, où ils n'avaient pas oublié de relater les éruptions. Il

fallait un milieu spécial pour étudier à l'aise la syphilis congénitale. Aussi les accoucheurs sont-ils ceux qui ont les premiers bien connu la question. Le pemphigus des nouveaux-nés étant parmi les manifestations chimiques, la variété la plus typique, c'est lui qui d'abord a été bien décrit. *Depaul* et surtout, *P. Dubois* * est le premier, qui donne la signification exacte du pemphigus chez le nouveau-né. « Dans la plupart des cas, dit Dubois, où le « pemphigus existait, j'ai pu constater chez les parents « des enfants affectés des traces d'une syphilis « ancienne ou obtenir d'eux des renseignements « probants. » Après *Dubois*, il faut citer *Dersuelle*, puis *Gubler* et surtout *Trousseau* **. Dans ses cliniques, *Trousseau* décrit les différentes éruptions cutanées du nouveau-né : la *Roséole*, *plaques muqueuses*, *ulcérations*, etc. — Une monographie importante de *Diday* résume l'état de la question jusqu'à ce jour. C'est alors que parurent les travaux de *Ricord*, et enfin l'œuvre la plus remarquable et la plus complète qui ait été faite sur ce sujet, nous voulons parler des leçons du professeur *Parrot* sur la syphilis et le rachitisme. On trouve là, décrits avec le plus grand soin, tous les différents types d'érythème spécifique. C'est en grande partie les opinions du savant maître qui se trouvent exposées dans le dictionnaire encyclopédique par *M. P.* et *E. Diday*.

Mais avec *Parrot* cesse cette première période, et de même qu'après lui on se mit à effondrer son œuvre en

* *P. Dubois* syphilis congénitale *Bulletin de l'Académie de médecine* 1851 T XVI p. 980.

** *Trousseau* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu 1877 T III p. 326.

distrayant le rachitisme de la syphilis, de même on se plaît à dénuier de toute spécificité un certain nombre d'espèces d'érythèmes, regardées par lui comme pathogénomiques de la syphilis héréditaire. Dans cette phase nouvelle, toute de réaction, il faut citer la thèse du docteur Wuis 1885, qui relate seulement au troisième rang les lésions cutanées; celles-ci ne viennent, pour lui, qu'après les fistules labiales et le coryza. L'année suivante M. Jacquet fit une communication sur les érythèmes papuleux post-érosifs qui, d'après lui, ne doivent désormais plus être considérés comme syphilitiques. Plus tard il revient sur le même érythème qu'il étudie dans sa thèse sous le nom de *syphiloïde post-érosive*, pour l'opposer aux *syphilides*. A plusieurs reprises, M. Sevestre traite dans des leçons cliniques les manifestations précoces de la syphilis congénitale, et d'accord avec M. Jacquet, il pense qu'il faut regarder comme non syphilitique l'ancien *érythème papuleux* de Parrot ou sa *syphilide lenticulaire*. En 1887, le docteur Milles de Moscou, au congrès des médecins russes, méconnaît la valeur des types d'érythèmes créés par Parrot, car pour lui ce qui caractérise tout particulièrement la syphilis héréditaire est le polymorphisme des éruptions.

Que faut-il penser de toute cette longue énumération d'opinions dissemblables. C'est que dans bien des cas le diagnostic de syphilis héréditaire est fort difficile à établir. Pourtant sur bien des points l'accord est près de se faire, mais en réalité, on risquerait fort de ne jamais arriver à une conclusion fortement établie, si, ne considérant que l'éruption seule, on ne faisait intervenir en

ligne de compte des stigmates de syphilis congénitale autres que ceux tirés de l'éruption. A l'aide de ceux-ci on pourra arriver à une présomption, probabilité, ou même certitude, suivant le cas. On revient à l'ancienne opinion de *Trousseau* : « et c'est souvent, dit-il, par l'ensemble de « l'éruption qu'on arrivera à une conclusion décisive, « par les caractères significatifs que les auteurs veulent « trouver à chaque forme. »

Ainsi, au seuil même de cette étude, il semble à la lecture des auteurs que le doute s'éveille de toute part. Cependant, voici à quelles conclusions nous pourrions nous arrêter.

I. — Un premier enfant nous est présenté avec des bulles de *pemphigus* localisées aux mains et aux pieds. Il est âgé de moins de huit jours. En effet, le *pemphigus syphilitique* représente un type bien net, et tous les auteurs : *Dubois*, *Trousseau*, *Parrot*, sont d'accord pour reconnaître sa signification spécifique. Les cas sont rares; néanmoins nous en rapportons trois exemples qui sont conformes en tous points à la description classique.

Première manifestation de la syphilis congénitale, la *syphilide bulleuse* est parfois tellement précoce, qu'elle existe au moment même de la naissance, et on a pu la faire remonter à la vie intra-utérine. Localisée à la paume des mains et à la plante des pieds, elle s'éloigne rarement de ces deux sièges d'élection, et plus elle s'en éloigne, plus elle perd ses caractères d'éruption bulleuse. Chacune des bulles a un volume variable, un contenu le plus souvent purulent. Tel sont les caractères fondamentaux de la syphilide bulleuse. Toutefois on ne sera autorisé à admettre le

pemphigus syphilitique que si les bulles surviennent dans les conditions précitées : apparition dans le courant de la première semaine, siège aux mains et aux pieds, bulles, à contenu purulent. Seulement en pareil cas on pourra pleinement affirmer la syphilis, car si l'on ne tient pas compte de ces trois éléments, on s'expose à une erreur grossière. En effet, toutes les variétés de *pemphigus* de premier âge ne sont pas spécifiques.

Il existe une autre espèce connue sous le nom de *pemphigus des nouveaux-nés* proprement dit, qui n'est nullement de nature analogue. Cette dernière éruption, à l'inverse du *pemphigus syphilitique*, à trois caractères opposés à la précédente : Elle survient après la première semaine, elle siège ailleurs qu'aux mains et aux pieds, ou si elle les atteint, c'est toujours secondairement par extension successive. Enfin les vésicules n'y sont pas purulentes.

Ainsi donc, que la *syphilide bulleuse* soit d'ailleurs dans sa nature une manifestation isolée de la syphilis héréditaire, ou qu'il faille la considérer, avec M. Jacquet, comme rentrant dans la classification des syphilides papuleuses, dont elle ne serait qu'une des variétés, il importe peu au point de vue du diagnostic ; elle n'en reste pas moins un type absolument défini, et, en présence d'un enfant porteur d'un *pemphigus* avec les caractères que nous connaissons au *pemphigus spécifique*, il n'y a aucune hésitation possible, cet enfant doit être nettement déclaré syphilitique.

II. — Un autre enfant présente des *macules* disséminées sur toute la surface du corps, macules qui, par leur couleur jaune ou brunâtre donnent à l'efflorescence l'as-

pect d'une roséole. — Cette variété encore dite *maculosquameuse*, a reçu de *Parrot* le nom de *Syphilide maculeuse* ou *Roséole*. Elle est, après le pemphigus toutefois, l'éruption spécifique la plus typique, et lorsqu'on l'observe, on peut considérer l'enfant qui en est porteur, comme un syphilitique presque certain. Vienne à s'ajouter à l'éruption un seul des autres stygmates de la syphilis héréditaire, coryza par exemple, et le diagnostic de quasi-certitude devient une certitude complète.

Malheureusement ce type est rare. Nous n'avons pas eu la bonne fortune d'en rencontrer d'exemple. Voici, d'après la description magistrale du professeur *Parrot* comment la roséole du nouveau-né se présente. Elle consiste en taches maculeuses, c'est-à-dire n'ayant aucune saillie appréciable ni à la vue ni au palper, disparaissant par la pression, à bords souvent indécis, d'une teinte essentiellement variable, suivant la plaque considérée ; variable aussi suivant la phase où cette plaque est arrivée dans son évolution. Sa couleur est généralement jaune ou brunâtre, violacée, parfois même jambon fumé, et alors elle n'est pas sans offrir quelque analogie avec certains accidents cutanés de la période secondaire de la syphilis acquise de l'adulte. Dans ce dernier cas, l'éruption devient absolument caractéristique : Il suffira de regarder la planche annexée au travail de *Parrot* pour en trouver un remarquable exemple.

Ce qui, au premier abord, frappera notre attention, chez un enfant porteur d'une telle éruption, c'est que la roséole, contrairement aux autres éruptions que nous étudierons par la suite, est disséminée sur toute la surface

du corps, sur toute l'étendue des membres supérieurs et inférieurs, non-seulement sur les fesses, mais aussi sur l'abdomen, le crâne, sans tendance spéciale à se cantonner au pourtour de l'anüs. A des caractères aussi tranchés, il sera aisé de la reconnaître.

Lorsqu'elle se présente avec cette netteté, il n'est guère facile de la confondre avec une *roséole vaccinale*. Cette dernière siège de préférence aux membres supérieurs, chacune des macules arrive en même temps à la même période d'évolution, aussi toutes ont la même teinte. De plus il y a coexistence d'une pustule vaccinale en supuration.

La *Rougeole* sera évidemment celles des pyrexies exémathématiques qui pourra présenter la plus grande ressemblance avec la roséole syphilitique. Là, en effet, les macules sont répandues sur toute la surface du corps, et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Mais c'est peut-être la dernière affection à laquelle il faudrait songer, car on sait combien la rougeole est rare à ce tout premier âge, et l'on connaît l'immunité du nouveau-né par rapport aux fièvres éruptives.

Signalons enfin une dernière cause d'erreur qu'il est facile d'éviter, c'est celle qui consiste à prendre pour une roséole syphilitique une *coloration marbrée* des téguments, telle qu'on l'observe fréquemment chez les tous jeunes enfants. Nous avons souvent noté que beaucoup de nourrissons présentaient au moment où nous les examinions, un aspect spécial de la peau, dû à l'apparition instantanée de marbrures disséminées sur toute la surface du

corps ; chacune des marbrures étant séparée des autres par des zones claires de peau saine. Examinés quelques heures ou même quelques instants après, toute trace d'éruption avait disparu. C'est en effet là un des caractères de cet exanthème si fréquent à cet âge, érythème plutôt physiologique que pathologique. C'est de paraître et de disparaître, pour ainsi dire, instantanément, de se présenter souvent à plusieurs reprises avec les mêmes caractères, lorsque les mêmes conditions, comme le contact d'un air chaud, par exemple, se trouvent réalisées. En réalité, il suffit d'être prévenu pour éviter toute fâcheuse confusion.

Ainsi donc, nous concluons qu'on pourra presque affirmer la syphilis chez un enfant porteur d'une *roséole* ou *syphilide maculeuse*. Nous accordons avec les auteurs, à ce type d'éruption une grande valeur semeiologique. Malheureusement il est rare de le rencontrer. Dans tous les cas, on pourra aisément le reconnaître de la roséole vaccinale, de la rougeole, des marbrures de la peau avec lesquelles il présente de grandes analogies. Si l'enfant porte en outre un seul des autres stigmates de la syphilis héréditaire, coryza ou fissures labiales, par exemple, nous pouvons affirmer la syphilis.

III. — Un troisième enfant est porteur de *papules*, que celles-ci soient d'ailleurs primitives ou secondaires à une des variétés précédentes. Ici déjà l'Erytème, considéré à lui seul perd une grande partie de sa valeur semeiologique, parceque, comme nous l'avons déjà vu, la papule appartient aussi bien aux Erytèmes de diarrhée qu'aux érythèmes spécifiques. Pourtant, quand elle reste à son état de

pureté, la *syphilide papuleuse* est possible à reconnaître. Les papules, non ulcérées, sont larges de 3 à 4 ^m/_m de diamètre, longues quelquefois de 1 ^m/_m, et souvent ont des tendances à se confondre les unes avec les autres, lorsqu'elles sont confluentes à la périphérie. Leur couleur est rose et rouge, et elles sont bordées à leur base, d'une collerette blanche régulièrement circulaire. Leur siège doit être bien connu; la papule, en effet, élit volontiers domicile sur deux centres distincts: Ce sont d'abord et le plus souvent les fesses, la moitié postérieure des cuisses, le scrotum et les grandes lèvres. Voilà leur premier foyer, et on voit que c'est absolument le même que celui des papules non syphilitiques des Erythèmes simples. Aussi, au seul aspect de la papule et à ce siège spécial, la confusion d'une papule avec une pseudo-papule est-elle fatale. Mais la papule syphilitique a un second centre de confluence. Ce deuxième centre qui lui appartient en propre, est la face où on la voit apparaître autour des orifices naturels, bordant les lèvres et les orifices des narines. Ce deuxième foyer n'appartient pas à l'érythème simple. Alors même qu'il affecte un type complexe, ce n'est guère dans ces parages où les causes ordinaires de sa formation n'existent pas, qu'il faudra espérer rencontrer une papule non syphilitique. — Notons encore qu'il faudra examiner avec soin si une ou plusieurs des papules sont situées dans le fond d'un sillon naturel; la présence dans la profondeur d'un pli cutané étant un grand signe de probabilité en faveur de la syphilis. Donc, par ce qui précède on devine, que l'embarras est grand lorsqu'il n'existe qu'un seul centre de production papu-

leuse, et que ce centre est la région fessière. En pareil cas, la papule n'a aucune valeur sémeiologique on ne peut que présumer un organisme contaminé.

Comment résoudre la question ? N'ayant pas trouvé dans les caractères de l'éruption des signes différentiels suffisants, c'est ailleurs qu'il faut nous adresser et lorsqu'à l'éruption papuleuse s'ajoute la présence d'autres stigmates de contamination comme le coryza sero-purulent, les fistules labiales, les plaques muqueuses commissurales, stigmates qui se trouvent le plus souvent réunis dans le tableau clinique de la syphilis héréditaire, on peut affirmer que l'enfant est syphilitique. S'il n'existe qu'un seul de ces signes accessoires, ou si tous fond défaut, on ne peut que présumer la syphilis. Néanmoins il faudra traiter l'enfant comme tel, car, en présence de deux maux, il faut éviter le pire qui est celui de la contamination d'une ou plusieurs personnes de l'entourage. On évitera de se prononcer définitivement et pendant quelques jours le nouveau-né sera maintenu en observation, car l'éruption pourra changer de caractère. Si elle est de nature bénigne, elle disparaîtra souvent avec une remarquable rapidité ; si elle est d'essence maligne, elle persistera longtemps, en même temps que, changeant peu à peu d'aspect, elle arrivera au stade suivant qu'il nous reste maintenant à voir : le stade de la *papule syphilitique ulcérée*.

IV. — Avec la complexité de l'éruption, comme avec la fréquence des cas, l'embarras grandit, et l'enfant que nous allons examiner actuellement, réalise le type commun.

C'est encore l'érythème papuleux de la phase précédente, qu'on reconnaîtra assez facilement, mais ici la papule est défigurée par suite d'influences mécaniques de toute sorte : frottement, irritation, etc., auxquelles l'enfant syphilitique n'échappe pas plus que tout autre. — Les papules, reposant sur une zone rougeâtre inflammatoire, sont plus ou moins confondues les unes avec les autres, mais la plupart présentent une *ulcération* à leur sommet. Donner leur description, c'est reproduire ce que nous avons dit à propos de l'Erythème *papulo-érosif* de nature bénigne. C'est l'ancien *érythème papuleux* de *Parrot*, tel qu'il l'avait décrit d'abord dans ses leçons et qui plus tard, considéré par lui comme spécifique, reçut le nom de *syphilide lenticulaire*. Voici comment *Parrot* s'exprime à ce sujet :

« La seconde forme de syphilide en plaques que j'ai
« qualifiée de lenticulaire, est, sans contredit, la plus
« simple, la plus nette, la plus facile à reconnaître. De
« toutes, c'est la plus dure la plus solide. Elle se montre
« la dernière et il semble qu'après elle, la peau soit épuî-
« sée par la végétation. Presque toujours, elle guérit
« spontanément et avec elle s'étend, d'une manière défi-
« nitive l'activité diathésique. On ne la voit jamais se dé-
« velopper en dehors des fesses, de la région postérieure
« des cuisses et des jambes, de la partie inférieure du
« scrotum et des grandes lèvres. Elle consiste en saillies
« lenticulaires très aplaties, demi-sphéroïdales, n'ayant
« jamais plus de 1 centimètre de large, violacées ou
« rouge-cerise. Leur centre dont l'épiderme est aminci,
« plus lisse, plus luisant qu'à la périphérie, est rarement

« excorié, suintant, déprimé et circonscrit par une colle-
« rête épidermique. Leur distribution a quelque chose
« de caractéristique, étant exclusivement groupées sous
« forme d'îlots dans quatre régions qu'isolent certains
« plis de tégument d'autant plus profonds que les enfants
« sont plus gras ; ce sont, en les énumérant de haut en
« bas ; la fesse, la moitié supérieure des cuisses, la moi-
« tié inférieure, le mollet. Leur saillie et leur confluence
« sont au maximum sur la fesse, et s'atténuent graduel-
« lement d'une manière très notable sur les autres tégu-
« ments, dans l'ordre que je viens d'énumérer..... (1)

« Dans chacune de ces régions, c'est la partie centrale
« qui présente les lésions les plus accentuées. Les papules
« y sont plus larges, plus saillantes et plus nombreuses
« qu'à la périphérie, où par une décroissance successive,
« elles dégénèrent en des simples taches. Il n'y en a
« jamais sur la peau des sillons. Lorsque les plaques
« envahissent la peau de l'anus, elles lui donnent une
« saillie considérable. Sur le scrotum et les grandes lèvres
« elles augmentent en volume énorme, se présentant sous
« la forme de gros tubercules coniques, quelquefois
« ulcérées. »

Il s'en faut de beaucoup que les cas soient toujours aussi nets, que cette description semblerait l'indiquer. En présence d'un enfant porteur d'un tel érythème, sommes-nous autorisés à déclarer d'emblée la syphilis ? Nullement, et nous savons déjà ce qu'il faut en penser. Pareille éruption existe, avons-nous dit, aussi bien dans les éruptions non-syphilitiques, c'est la *Syphiloïde post-érosive*,

et entre les *syphiloïdes post-érosives* et les *syphilides lenticulaires* il n'y a aucun caractère appréciable, au point de vue objectif. En conséquence, l'Erythème lenticulaire perd toute sa valeur sémeïologique, et de sa présence on ne doit nullement conclure à la syphilis.

Nous avons vu qu'on a proposé deux seuls signes distincts, sur lesquels on a fondé tout espoir pour arriver à reconnaître l'une de l'autre la papule ulcérée spécifique de la papule ulcérée non syphilitique. L'existence de papules *au fond des plis naturels* de la peau est en faveur de la syphilis, siège qui n'est pas celui de la papule bénigne, puisqu'elle a souvent sa raison d'être aux points maximum des frottements. Ce caractère bien constaté, a probablement toute l'importance que lui accordent les auteurs, mais il est essentiellement inconstant, c'est dire que dans la majorité des cas, on se trouvera dans l'impossibilité de conclure, puisqu'il fait le plus souvent défaut. D'autre part, la papule syphilitique est bordée par une *collerette épidermique* et non un fin plissement épidermique rayonné, comme il arrive pour la papule bénigne. Voici comment M. *Jacquet*, s'exprime au sujet de ce deuxième caractère distinctif donné par lui comme pathognomonique : « Dans la papule pseudo-syphilitique, « il s'agit d'un plissement épidermique rayonné, à plis « très fins et parallèles, qu'on observe parfois autour de « la pseudo-papule. Jamais une papule syphilitique ne « présente cet aspect bien différent de la fine brisure de « l'épiderme comme sous le nom de collerette de Bielt, « qui d'ailleurs n'est pas spéciale aux syphilides. » — Si ce signe a une grande valeur, il faut, de l'avis de l'auteur

lui-même, reconnaître qu'il est comme le premier absolument inconstant. Aussi, pour conclure de cette longue discussion, nous rangeons-nous pleinement à l'opinion de M. *Sevestre*, et avec lui nous dirons que :
« Considérant en elle-même la papule, abstraction faite
« de tout ce qui l'entoure, la papule post-érosive non
« syphilitique ressemble absolument à la papule syphi-
« litique. »

Nous voici donc amenés à dénuier l'érythème lenticulaire de toute valeur sémiologique en faveur de la syphilis. Pourtant, voici dans la pratique quelle solution nous pourrions adopter en recherchant avec soin la coexistence d'un ou plusieurs des autres stigmates de la contamination. Un enfant présentant seulement un érythème papulo-érosif, n'est que suspect de syphilis. Par prudence nous le considérons comme tel en l'éloignant de sa nourrice. De plus, nous l'observerons pendant quelque temps, car en l'espace de quelques heures l'éruption peut changer d'aspect, disparaître rapidement, sans trace, comme le font les pseudo-papules, ou au contraire s'éterniser, s'effacer longtemps après son apparition, en laissant comme trace de sa présence des cicatrices visibles, comme il arrive généralement pour les papules spécifiques. Au contraire, voici un autre enfant porteur du même érythème lenticulaire mais présentant en outre tout le cortège symptomatique de la syphilis congénitale. Il a du coriza purulent et surtout sanguinolent, caractère sur lequel insistait beaucoup *Trousseau* ; il a des fissures multiples aux lèvres supérieures, des plaques muqueuses commissurales des pla-

ques derrière les oreilles, une induration des plis radiés de l'anus; il a de la pseudo-paralysie syphilitique de *Parrot*, il a des testicules volumineux, durs comme des billes et indolorés. — Son état général, d'abord satisfaisant, a changé vite en espace de quelques heures, et actuellement avec un aspect lisse et vernissé de la peau, il a le faciès cireux. A cet ensemble nous reconnaitrons facilement un syphilitique avéré; le doute n'est pas possible. Mais, entre le premier enfant qui n'a pour tout stigmate qu'un érythème papulo-érosif, et cet autre qui réalise le type du syphilitique parfait, il existe dans la pratique toute une série de cas intermédiaires, formant une véritable gamme sériée; aucun des signes accessoires énumérés plus haut, sauf la pseudo-paralysie syphilitique de *Parrot*, et le coryza sanguinolent de *Trousseau* n'a de valeur décisive, considéré seul. Tous réunis, ils constituent un ensemble clinique vraiment caractéristique où le diagnostic s'impose. Mais entre les deux extrêmes, entre les cas où il n'existe qu'un seul des symptômes accessoires, et celui où ils existent tous, il y a, au point de vue du diagnostic, une gradation parallèle et presque mathématique. L'enfant simplement suspect dans le premier cas, devient *probablement*, puis *presque certainement*, puis *certainement* syphilitique, suivant qu'à l'éruption s'ajoutera successivement un plus ou moins grand nombre de signes accessoires.

A côté de ces types principaux de syphilides, signalons sans y insister, quelques variétés plus rares, telles que les *syphilides circinées psoriasiformes frustes*, admises par

quelques auteurs. La *syphilide ulcéreuse*, de l'avis même de Parrot, ne constitue pas un type nouveau.

Tout ce que nous avons dit des papules ulcérées, indique suffisamment combien l'ulcération n'est qu'un élément contingent, accessoire, le plus souvent mécanique, qui vient se greffer sur l'une ou l'autre des principales variétés. De même les *syphilides gommeuses* ou *phlegmoneuses* prêtent encore à discussion. Parrot les décrit comme « de petites tumeurs dures, circonscrites, « à évolution souvent lente, dont la surface reste « longtemps violacée, avant de donner issue au pus qui « s'y est collecté. » Il est probable qu'un certain nombre de ces gommages phlegmoneux ne sont en réalité que de petits phlegmons circonscrits, des abcès lymphangitiques, dus à une véritable infection secondaire, des microbes pyogènes, trouvant dans tout érythème ulcéré, une porte d'entrée toute naturelle.

Quelques autres variétés : syphilide *vésiculo-pustuleuse* établie par Parrot, *érythème squameux* (Madier), la *syphilide acnéiforme*, ne sont pas encore suffisamment connues.

Telles sont les principales manifestations cutanées de la syphilis du nouveau-né. Nous les avons étudiées principalement au point de vue de leur valeur sémeiologique, et il ressort de ce que nous avons dit, que plus on s'éloigne du type pemphigus, plus l'érythème perd de sa signification.

Il nous faut avant de terminer cette étude, dire un mot de la valeur pronostique de chaque espèce : Le *Pemphigus* représente la manifestation clinique la plus nette de

la contamination ; c'est aussi celle qui, parmi toutes ces syphilides, a le plus fâcheux pronostic, car c'est celle qui traduit à l'extérieur l'infection la plus profonde de l'organisme ; aussi son apparition est-elle pour le nouveau-né un décret de mort, mort à bref délai, ou plus rarement dans une cachexie avancée ; la guérison est exceptionnelle. Le nouveau-né, porteur d'une *Roséole syphilitique* est moins immédiatement menacé, parce qu'il est infecté à un moindre degré. Toutefois, il est, de par cette infériorité, dans l'impuissance même de vivre, et sa fin naturelle est la mort dans un état d'athrepsie profonde. Au contraire, un nourrisson porteur d'une *syphilide en plaque ou ulcérée*, a une destinée variable suivant les circonstances.

Elevé dans un milieu hospitalier, il est presque toujours voué à la mort, dans un terme plus ou moins éloigné ; il succombera à l'athrepsie, car on sait combien la mortalité est effrayante chez les syphilitiques héréditaires, comme en témoignent les statistiques. Elevé dans un autre milieu, entouré de plus grands soins, il pourra guérir, parce qu'il aura moins de chance de s'infecter, parce qu'aussi son état général plus satisfaisant, pourra mieux résister ; mais s'il prend le dessus, il n'est pas définitivement sauvé ; le premier orage passé, il achèvera plus tard de payer sa dette à la tare héréditaire, et l'on sait depuis les leçons de *M. Fournier*, qu'il est encore voué aux nombreuses manifestations de la *syphilis héréditaire tardive*.

§ III. — Erythèmes divers

Nous rangeons dans cette troisième classe un certain nombre d'Erythèmes divers que, pour la plupart, nous avons eu l'occasion de rencontrer souvent chez le nouveau-né. A l'inverse des Erythèmes précédemment étudiés, ceux-ci n'ont plus guère aucun lien, entre eux, pas plus qu'il n'ont de rapport avec la syphilis, aussi en donnons-nous une simple énumération, bien plutôt que nous n'en donnerons une étude basée sur un ordre naturel. Un seul caractère commun semble les relier cependant ; ce caractère, de valeur négative, c'est qu'ils sont tous, pour la plupart, assez facilement distincts des Erythèmes syphilitiques, pour ne prêter dès le premier abord à aucune confusion. Aussi, n'oubliant pas le point commun sur lequel a convergé toute notre attention pendant ce travail, l'Erythème syphilitique, nous trouverons maintenant la tâche aisée, car l'idée de contamination sera vite écartée.

I.— Dans un premier groupe nous réunissons les *Erythèmes Morbilliformes*, *Scarlatiniformes* et les éruptions marbrées, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler. Nous avons vu combien ils sont fréquents, et si l'on n'était prévenu de leur signification à cet âge, on pourrait croire à une Scarlatine ou à une Rougeole, erreur qui sera vite écartée, si l'on se rappelle leurs principaux caractères. Ils sont subits dans leur apparition comme dans leur disparition, se manifestent plusieurs fois dans la même journée, ne s'accompagnent d'aucune

ascension thermique, à l'inverse de la Rougeole ou de la Scarlatine. Leur maximum de confluence coïncide avec les lieux de plus grande pression, comme par exemple toute la surface du dos, sur laquelle l'enfant repose. En se rappelant d'autre part l'immunité du nouveau-né vis-à-vis des fièvres éruptives, on ne tardera pas à reconnaître facilement ce dont il s'agit.

Quelle est leur signification exacte. Voici ce qu'en disent *Rillet et Barthez*: (1) « C'est surtout sous forme d'éruption généralisée pseudo-morbilleuse ou pseudo-scarlatineuse accompagnée d'une éruption urticaire, que se montrent les Exanthèmes sudoraux chez les jeunes enfants dans les affections fébriles ou pendant la saison chaude. Ces faits sont utiles à enregistrer pour le diagnostic. » Ainsi, ces érythèmes sont sans grande valeur émiologique. Ils sont plutôt physiologiques que pathologiques.

II.—Certains Erythèmes *papuleux vacciniiformes* doivent nous arrêter un instant ici, à cause de l'intérêt qui s'attache à cette question. Les cas en sont extrêmement rares et les auteurs n'en connaissent pas encore la signification exacte; aussi ne sont-ils pas encore classés. On ne sait s'ils ont quelque parenté avec la syphilis; un cas appartient à M. *Besnier*. L'enfant présentait une série de pustules aplaties, argentées, *ombiliquées*, comme des pustules de vaccin arrivées au 6^e ou 8^e jour. Ces papules blanchâtres siégeaient à l'anus, dans le pli scroto-crural, et dans les plis transversaux de la face interne de la

(1) *Rillet-Barthez* p. 751, T II

cuisse. Bientôt il se forma des exulcérations composées, dont les points de contact s'effacèrent dans une dépression commune. Le bord de cette éruption était festonné et apalescent. A côté des papules primitives on en vit apparaître d'autres cupuliformes avec le même aspect de boutons de vaccin. Un autre cas analogue au précédent a été observé dans le service de M. *Fournier* et est relaté par M. *Feulard*. Chacun des éléments papuleux était de couleur blanc grisâtre, déprimé au centre, avec auréole rosée à la périphérie. Leur surface semblait recouverte d'une couenne épithéliale, mais il n'y avait là qu'une paparence car on essaya en vain de soulever cette couenne. Le siège était les grandes lèvres, le périnée, l'anus les plis génito-cruraux et inguinaux. Un mois après, tout était guéri.

La nature de l'*Erythème vacciniforme* n'est pas encore connue et les auteurs le considèrent différemment. *Hardy* le regardait comme non syphilitique. M. *Fournier*, ayant connaissance de quelques cas analogues à ceux-ci, nie le syphilis, et l'appelle *Herpès phyténoïde*. M. *Besnier* fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'un herpès, car il n'y a pas vésicule. Il l'appelle : *Intertrigo papuleux vacciniforme* des nouveaux-nés. C'est aussi l'opinion de M. *Feulard*, et tous sont d'accord pour attribuer à l'Erythème dont il s'agit une bénignité à peu près certaine.

III. — Les Erythèmes précédents sont spéciaux au nouveau-né. Il n'en est pas de même de ceux qu'il nous reste à voir. Ils surviennent à tout âge, mais il est fréquent de les rencontrer aussi dans le tout premier âge. Ce sont d'abord les Erythèmes *survenant au cours de*

la vaccine. Etudié d'abord par *Villars*, *Bateman*. *Hébra*, *Roger*, le professeur *Hardy* dans son traité des maladies cutanées, plus récemment par *Behrend* par *Dauchez* dans sa thèse sur les éruptions vaccinales, généralisées en 1883, et en Amérique dans un article important publié par *Morlow*, cet érythème vaccinal apparaît vers le troisième jour d'abord autour des boutons de vaccine pour envahir de la sorte tout le corps avec une confluence plus marquée sur le membre supérieur. Là, comme aux membres inférieurs d'ailleurs, l'efflorescence serait d'autant plus grande, qu'on examine un point plus reculé de la racine des membres.

On se tromperait fort si l'on ne décrivait dans le groupe des *Erythèmes vaccinaux* que le type morbilliforme. C'est certes la manifestation la plus fréquente, mais *Morlow* en décrit d'autres espèces qui sont la variété : *Erythémateuse*, *Urticante*, *Multiforme* (ou *bulleuse*), *pétéchiale*, *Diathésique*. Qu'il s'agisse de l'un ou l'autre de ces exanthèmes, la durée est courte, deux jours le plus souvent ; elle dépasse rarement quatre jours pour disparaître sans laisser de desquamation. *Dauchez* a remarqué qu'il y avait élévation de la température au moment de l'éruption, mais celle-ci était contemporaine de l'éruption vaccinale ; peut-être est-ce à cette dernière qu'il faut attribuer cette hyperthermie. L'Erythème vaccinal soulève un problème d'une haute importance. Est-il un *Rasch* survenant au cours de la vaccine. A-t-il, vis-à-vis de l'infection de l'organisme par la vaccine, un rôle analogue à celui du *Rasch* vis-à-vis de l'infection générale variolique, c'est ce qu'on ne peut encore dire. Ajoutons seulement que

beaucoup d'auteurs tendent à voir dans cet Erythème vaccinal une infection secondaire.

Signalons à côté des faits précédents, les cas d'*Eruptions vaccinales généralisées*, faciles à reconnaître, puisque chaque pustule est, comme la pustule primitive ombiliquée.

IV. — *L'Impetigo* est fréquent chez les tout jeunes enfants. Il forme des pustules aplaties, jaunes, confluentes, couvertes de croûtelles jaunâtres, humides, et siégeant de préférence à la face et au cuir chevelu. Lorsqu'il se cantonne autour du nez et de la bouche, on ne le confondra pas avec les syphilides papuleuses, qui s'observent aux mêmes régions.

V. — Enfin on observe encore un certain nombre de gros enfants, à aspect généralement très satisfaisant, dont les téguments sont couverts de lésions *eczémateuses*, principalement à la face, au cuir chevelu, et au membre supérieur. Une desquamation épidermique légère laisse à nu une certaine surface rouge, luisante, tendue, mais toujours facile à reconnaître. L'eczéma n'a chez l'enfant à la mamelle aucune signification spéciale.

VI. — Le *Prurigo*, le *Strophulus*, considérés par certains auteurs comme identiques au prurigo, *l'ecthyma* ont été observés très rarement chez les nourrissons à la mamelle.

CONCLUSIONS

Les Erythèmes du nouveau-né, fréquents dans leur nature comme dans leurs variétés, peuvent être groupés en plusieurs classes :

1.—Les *Erythèmes simples ou diarrhéiques* sont de nature bénigne. Ils offrent plusieurs modalités cliniques, formant une même série dont les stades sont successivement l'*Erythème simple* proprement dit, l'*Erythème vésiculeux*, l'*Erythème ulcéré*, enfin l'*Erythème papulo-érosif*, encore appelé *syphiloïde post-érosive*. Ce dernier longtemps considéré comme syphilitique, est impossible à reconnaître de certaines syphilides papuleuses, si l'on ne considère que les caractères objectifs de l'éruption. Il faut, avant d'affirmer que la papule est de nature bénigne, constater l'absence de tous les stigmates ordinaires de la syphilis héréditaire, et observer pendant plusieurs jours, car il disparaît le plus souvent très rapidement sans laisser de trace. En conséquence vu l'erreur toujours possible, tout enfant atteint d'Erythème papulo-érosif, sera tenu pour suspect et éloigné de sa nourrice.

Il n'y a aucune valeur sémiologique à attribuer aux Erythèmes simples. S'ils existent souvent avec des états généraux graves, ils n'en sont pas le signe obligé ; ils ne sont nullement symptomatiques de l'athrepsie ni du muguet.

II.— Les *Erythèmes syphilitiques*, suivant la variété clinique qu'ils affectent, témoignent d'une contamination ou d'une infectiosité différente. Le *Pemphigus*, type clinique le mieux défini, indique sans erreur possible, la syphilis, lorsqu'il apparaît dans les premières heures de la vie, qu'il se localise aux mains et aux pieds, que ses

vésicules sont purulentes. Sa signification pronostique est grave pour le nourrisson qui est voué à la mort rapide.

La *Roséole syphilitique* ou *Syphilide maculeuse* également rare, est, après la précédente, celle des éruptions spécifiques qui traduisent un organisme le plus profondément infecté. Disséminée sur une large surface, elle se distingue facilement de certains érythèmes vaccinaux, d'un érythème rubéolique ou marbré qui peuvent la simuler. Elle a une grande valeur sémeiologique, car il suffit de constater son apparition pour affirmer la syphilis. Le pronostic est moins immédiatement gravé que celui du pemphigus.

Les *Syphilides papuleuses et lenticulaires* sont les plus connues et simulent absolument les papules non syphilitiques. Les signes différentiels invoqués par les auteurs, siège dans le fond des plis naturels (*Parrot*), collerette de *Biett*, absence de tous plissements rayonnés de l'épiderme (*Jacquet*), sont inconstants. Aussi la syphilide papuleuse perd toute valeur sémeiologique, puisqu'on l'observe en dehors de la syphilis. Pour arriver à un diagnostic de présomption probabilité ou certitude, il faut avec l'éruption un plus ou moins grand nombre de stigmates accessoires. En pratique l'enfant porteur d'une syphilide lenticulaire, sera considéré comme syphilitique, afin d'éviter toute contamination. L'enfant atteint de syphilide papuleuse, est moins profondément contaminé. Elevé dans un bon milieu, il peut guérir, mais plus tard il sera exposé aux accidents de la syphilis héréditaire tardive.

III. — D'autres érythèmes de différente nature, sont chez le nouveau-né :

A.—Des érythèmes *morbiliiformes, scarlatiniiformes, marbrés*, qui n'ont aucune valeur sémeiologique.

B.—Des érythèmes *papuleux vacciniiformes* non encore classés, probablement bénins.

C.—Des érythèmes *survenant dans le cours de la vaccine*, affectant le type morbilliforme scarlatiniforme etc.; probablement dus à une infection secondaire.

D. — Les *éruptions vaccinales généralisées*, le *prurigo*, l'*impétigo*, l'*eczéma* n'ont chez le nouveau-né aucune signification spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

P. DUBOIS : Syphilis congénitale. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851.

PARROT : Leçons sur l'Athrepsie.

PARROT : Syphilis et Rachitisme.

TROUSSEAU : Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

DIDAY : Syphilis congénitale. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

JACQUET : Des Erythèmes papuleux fessiers post-érosifs. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, page 208 et suiv.

SEVESTRE : Des Erythèmes fessiers du premier âge. *Semaine médicale*, 1887, page 417.

WUIS : L'allaitement à l'Hospice des Enfants assistés; Th. Paris, 85.

SEVESTRE : De l'Erythème papuleux des fesses, chez les jeunes enfants. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1887, page 450 et suiv.

JACQUET : Des Syphiloïdes post-érosives; Th. Paris, 1888.

BESNIER : Syphilis et Syphiloïdes infantiles. *Bulletin médical*, juin 1887.

FEULARD : Eruptions papuleuses d'aspect vacciniiforme. *France médicale*, 1887, n° 76.

OBSERVATION I.

Pemphigus syphilitique

Le nommé Cambilard, né le 26 mai 1892, entré le 6 juin, âgé de 11 jours. A son entrée, cet enfant présente une desquamation sous forme de larges écailles épidermiques sèches, n'existant qu'à la partie inférieure des membres, principalement aux mains et aux pieds. A côté de ces plaques de desquamation, se trouvent des phlyctenules aplaties à contenu blanchâtre. Ailleurs les vésicules, en voie de formation, n'apparaissent encore que sous forme de taches opalines. En un mot l'exanthème consiste en bulles arrivées à différentes périodes de leur évolution. Voici la topographie exacte de ces différentes lésions.

A la main droite il existe une vésicule large et régulièrement arrondie sur la face dorsale œdématisée, mais il est impossible de préciser la nature du contenu de cette Vésicule, car soulevé avec une épingle, l'épiderme desséché ne laisse écouler aucun liquide. La face palmaire de la main est intacte, mais sur la face palmaire de chacun des doigts, principalement au niveau des deux dernières phalanges, on voit de larges surfaces rouges entièrement desquamées, où le derme semble mis à nu. Ces plaques d'un rouge vif sont humectées par un liquide peu abondant. Leur pourtour est marqué par des contours épidermiques très irréguliers et humides. Il semble que ces larges phlycténules ont été tout récemment dépouillées de leur épiderme. Il y a encore deux larges phlycténules, à contenu blanchâtre et purulent, très aplaties et à bords sinueux, une sur le bord interne de l'auriculaire, l'autre plus grande sur le bord externe du pouce. L'épiderme qui recouvre ces deux dernières phlycténules est intact partout, mais il est humide et ramolli. Le tour repose sur un œdème notable principalement marqué aux extrémités digitales.

A la main gauche : lésion absolument analogue ; creux de la main intact, mais sur le bord cubital de la main on trouve deux plaques, l'une desquamée et sèche, l'autre munie de son épiderme et à contenu grisâtre. Les doigts sur leurs faces palmaires, sont en partie privés de tout épiderme.

Pieds : Rien à la face plantaire, phlycténule aplatie sur le bord interne du gros orteil à droite. Sur la face dorsale du même orteil, la desquamation épidermique met à découvert une large surface lisse, rouge et humide. Quelques vésicules régulièrement arrondies, existent sur la face dorsale de chacun des autres orteils, mais elles sont déjà en voie de dessiccation.

A gauche, mêmes lésions à peu près symétriques ; il y'a en outre quelques phlycténules entourant la base des ongles.

Au niveau de chaque talon, l'épiderme s'exfolie. Plus haut sur les membres inférieurs, il n'y a plus aucune lésion du même genre.

Toutefois au niveau de chacun des genoux, l'enfant présente toute une large surface érythémateuse, sur les limites de laquelle on trouve, en examinant avec soin, un certain nombre de petites vésicules extrêmement fines, toutes de mêmes volumes, à contenu séreux, analogues à la miliaire. En outre, au centre même de la zone érythémateuse, de petites plaques blanchâtres, régulièrement arrondies, semblent être des vésicules purulentes en voie de formation. Il en existe trois à droite, quatre à gauche.

Au pourtour du cuir chévelu, même zone érythémateuse, principalement élargie en avant, et là encore au centre de cette zone rouge, l'épiderme offre un reflet blanchâtre, sur une certaine étendue, mais nulle part il n'est soulevé en saillie vésiculaire.

L'enfant offre en outre des fissures labiales extrêmement nombreuses aux deux lèvres, principalement à la lèvre supérieure.

Ces fissures sont profondes et saignantes. A chacune des commissures labiales, deux plaques muqueuses commissurales à reflet opalescent. Coryza séreux. Rien à la région des fesses et de la nuque.

Etat général, semble assez satisfaisant, car il s'agit d'un gros enfant, mais il existe cependant un œdème palpebral très marqué, au point de cacher complètement les globes oculaires, de l'œdème des lèvres, de l'œdème des mains et des pieds, mais surtout des doigts et des orteils qui sont fortement tuméfiés. Pas de diarrhée.

Le 8 juin : L'œdème a diminué, toutes les plaques épidermiques sont desséchées. Il n'y a pas eu formation de phlycténules nouvelles. Le coryza a changé de caractère, et est devenu sanguinolent. Les fissures labiales et plaques muqueuses entament tout l'orifice buccal.

OBSERVATION II.

Pemphigus syphilitique

Le nommé Dufèvre Emile, né le 16 mai 1891. (Nourricerie des Enfants Assistés).

20 mai. Enfant d'assez belle apparence, ne présentant rien aux lèvres, rien derrière les oreilles, mais seulement du coryza séreux.

Est porteur d'une éruption papulo-bulleuse, à éléments variables comme dimension, mais larges pour la plupart. Quelques papules, les plus saillantes, sont aplaties à leur sommet, desquamées, ce qui leur donne un aspect de papules rasées. Tout autour de chacune d'elle la bordure épidermique forme une collerette très régulière. Les éléments moins saillants, sont recouverts d'une pellicule blanchâtre épidermique. En soulevant avec une épingle cette pellicule, on ne constate la présence d'aucun liquide, cependant quelques-unes sont humectées.

Siège de l'éruption : Confluence très marquée aux mains, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale ; elles sont même plus nombreuses sur cette dernière. Elles s'étendent sur les avant-bras où elles sont encore très nombreuses, mais au niveau du bras, elles s'éclaircissent beaucoup.

Aux membres inférieurs, elles sont très nombreuses aux deux faces du pied, s'étendent sur toute la hauteur de la jambe, mais il n'y en a pas sur la cuisse.

Il existe en outre quelques petites surfaces de desquamation aux fesses, au dos, à l'abdomen, au front, aux yeux, aux sourcils, mais il n'y a, en ces endroits, aucune vésicule nettement accusée.

Température très élevée : 39° 4 - 41° 5.

21-22 mai : Rien de nouveau. La température décroît progressivement et atteint 37°.

23 mai : Mort à l'âge de 7 jours.

OBSERVATION III

Pemphigus syphilitique

Marie Veislengern, née le 27 avril 1892, entrée le 10 mai 1892, âgée de 13 jours.

Le 11 mai : Enfant petit, chétif, offrant de l'ictère des téguments sans œdème des nouveaux-nés, mis en couveuse ; la teinte ictérique disparaît vers le 20 mai.

Le 25 mai : Apparition de zones érythémateuses aux pieds avec tendance à la desquamation.

Le 27 mai : Desquamation par larges plaques épidermiques sur toute la surface du pied, principalement à la face plantaire, s'arrêtant à la racine des orteils. Sur le bord interne de chaque pied, il existe une plaque plus longue que les autres, à fond rouge suintant, à contours réguliers peu saillants, bordés par l'épiderme

formant bourrelet. Elle atteint trois centimètres de longueur à droite.

Aux mains, même desquamation, mais moins intense. Rien sur les bras, ni sur le reste du corps ; anus bordé par une large ulcération. Pas d'épaississement des plis radiés. Ulcérations nombreuses et suintantes au nombre de trois sur la lèvre supérieure, extrêmement nombreuses sur la lèvre inférieure. Pas de plaques derrière les oreilles.

Coryza très marqué. Séreux depuis quelques jours et maintenant sanguinolant.

Diarrhée jaune.

Décès : Le 1^{er} juin à l'âge de 35 jours.

OBSERVATION IV

Erythème ulcéré

Julie Peltey, née le 8 mai 1892, entrée le 28 mai 1892.

Erythème sous forme de petites ulcérations confluentes, reposant toutes sur un même fond uniformément rouge, et ne formant aucune saillie. Chacune de ces ulcérations offre une surface rouge vif, des bords très irrégulièrement découpés en jeu de patience, où l'épiderme reparaît insensiblement. Ces ulcérations sont au nombre de 20 à 30, et sont de dimension variable. De chaque côté de l'anus, à un centimètre environ, on trouve deux ulcérations beaucoup plus étendues que les autres, mesurant jusqu'à un centimètre et demi d'avant en arrière, et de largeur variable, depuis 2 jusqu'à 5 millimètres. En dehors de ces deux ulcérations principales, il en existe un certain nombre d'autres souvent de forme étoilée, et d'autant plus petites en dimension, qu'on s'éloigne plus de l'anus.

Le siège de confluence est la région fessière, principalement le

sommet des fesses. Quelques-unes, plus rares, existent à la partie inférieure de la vulve, d'autres sur la face interne de la cuisse, sont peu abondantes et de très petite dimension. En même temps, ulcérations talonnières très profondes, larges du diamètre d'une pièce de un franc.

Sur les limites de l'éruption précédente, il est possible de voir quelques vésicules extrêmement fines, indice de la marche progressive de l'exanthème, mais elles sont très rares ; c'est à peine si nous en comptons une dizaine.

Etat général satisfaisant. Aucune trace de syphilis, ni sur les os, ni sur les muqueuses du nez ou des lèvres, rien du côté du squelette. Notons la coexistence d'une diarrhée jaune.

30 mai. Depuis hier, toute éruption a disparu, ne laissant aucune trace de son passage. La région fessière est seulement un peu rouge.

Cet érythème ulcéré n'était donc pas de nature syphilitique.

OBSERVATION V

Erythème papulo-érosif

Jeanne-Amélie Brunet, née le 1^{er} février, entrée le 31 mai 1892. (Nourrissiererie des Enfants Assistés).

1^{er} juin : A son entrée cette enfant présente une éruption papuleuse. Chacune de ces papules, faisant une saillie très appréciable à la vue et au palper, offre un aspect rouge vif. Elles sont extrêmement nombreuses, très disséminées sur toute la région des fesses, et là, aucune zone d'Erythème simple ne les réunissant les unes aux autres, elles se détachent nettement sur le fond normal des téguments. Quelques-unes, déjà effacées, existent sur les cuisses ; quelques autres de couleur jaunâtre et très peu saillantes, se trouvent sur la région sacrée.

Chacune de ces papules a le volume d'une lentille, semble ulcérée à son sommet, mais l'épiderme ne forme autour d'elles aucune saillie ni plissement caractéristique. Aucune des papules n'existe au fond des plis naturels de la peau.

Etat général très satisfaisant. Aucun stigmate de syphilis du côté de la bouche et du nez. Pas de diarrhée.

2 juin : L'éruption est en partie effacée. Les papules moins saillantes, semblent revenir à l'état de simples macules. Elles sont à leur sommet d'une coloration simplement rosée, aussi l'aspect de l'exanthème a complètement changé depuis hier.

3 juin : Disparition de toute macule sans laisser de trace.

OBSERVATION VI

Erythème papulo-érosif

Georgeolin, Adrien, né le 22 avril 1892, entré le 18 mai 1892.

Présente à son entrée des papules, dont chacune a le volume d'un grain de chénevis, formant une saillie légère à la surface de la peau, offrant une couleur rouge vif, principalement à leur sommet qui semble dépourvu d'épiderme. La plupart de ces papules semblent ulcérées ; l'épiderme ne formant autour d'elles aucune saillie ni plissement appréciable. Quelques-unes sont recouvertes de croutelles. Un fond rouge d'Erythème simple les réunit toutes les unes aux autres.

Siège : Fesses, partie postérieure des cuisses, scrotum (partie inférieure). Raphéano-scrotal, plis radiés de l'anus. Aucune papule dans la profondeur des sillons.

Ses deux talons sont rouges, et il existe sur le talon droit une ulcération circulaire de la dimension d'une pièce de un franc. Les bords taillés à pic sont blanchâtres ; le fard de cette ulcération est rougeâtre, granuleux.

Comme autre stigmaté, rien de spécial, sauf un coryza très léger. Sur la joue droite quelques papules vésiculeuses à leur sommet. Diarrhée légère. Etat général bon.

25 mai 1892 : Après 7 jours seulement l'éruption est disparue, ne laissant qu'un peu d'épaississement des plis radiés de l'anus. Le coryza persiste.

Ce cas semble complexe. Les ulcérations talonnières, les papules ulcérées, l'érythème qui les réunit peuvent être mis sur le compte de la diarrhée, mais la présence des papules sur la face, la persistance du coryza, doivent faire craindre la syphilis.

OBSERVATION VII

Erythème simple ulcéré

Thowanin, Gaston, né le 13 mai 1892, entré le 24 mai 1892.

Diarrhée verte très abondante.

Eruption sous forme d'une zone érythémateuse tout autour de l'anus et s'effaçant insensiblement à la périphérie par dégradations insensibles. Cependant à quelques endroits, il existe à quelque distance des bords de la zone érythémateuse, quelques petits points rougeâtres se prolongeant vers la face interne des cuisses. Ce pointillé erratique n'offre aucune trace de vésicule. Le tout disparaît à la pression. Quelques petites excoriations existent dans la zone rougeâtre au sommet des fesses, mais nulle part il n'y a apparence de papules.

Ulcération aux deux talons, larges comme une pièce de 2 francs.

Etat général : Mauvais, diarrhée s'accompagne de vomissements. Aucun stigmaté de syphilis. Au moment de l'examen, l'enfant présente un érythème morbilliforme sur toute la surface du dos et du ventre. Revu le soir, cet érythème morbilliforme n'existe plus.

Le 30 mai : Après le jour toute éruption a disparu. D'ailleurs la diarrhée n'existe plus.

OBSERVATION VIII

Erythème de diarrhée

Nicolle, Marius, né le 11 avril 1892 ; entré le 20 mai 1892.

Cet enfant entre avec un érythème simple, de couleur violacée, partout continu et sans trace de macules ni de papules. Autour de cet érythème n'existe aucune vésicule fine, l'éruption décroît progressivement à ses confins.

Siège : Autour de l'anus, sur le scrotum, la région peri-anale, la face interne des cuisses; épaissement des plis radiés de l'anus.

En outre, marbrures de la peau du tronc et de l'abdomen.

Etat général assez satisfaisant. malgré une diarrhée blanche abondante.

Tendance aux fissures des lèvres et des oreilles. Pas de coryza, légère conjonctivité muco-purulente.

Le 23 mai (trois jours) : L'érythème s'efface, la diarrhée diminue.

Le 25 mai (cinq jours) : Guérison.

OBSERVATION IX

Erythèmes vésiculeux

Suzanne Veissat, née le 2 mai, entrée le 20 mai 1892.

A son entrée, diarrhée verte, très abondante.

Sur un fond uniformément rouge, on reconnaît très facilement, principalement au pourtour de la zone érythémateuse, en très grand nombre, de petites vésicules, extrêmement fines, confluentes, à contenu séreux, offrant l'aspect de la miliaire.

A la partie centrale des fesses, elles sont toutes fusionnées ensemble, et l'épiderme semble s'exfolier. Tout autour de la zone érythémateuse, il existe un véritable pointillé rougeâtre, séparé de la masse principale des vésicules par de la peau saine. Chacun de ces points rouges, examiné de près, est formé par une

accumulation de petites vésicules extrêmement fines. Cet érythème n'occupe que la région des fesses.

Nulle part de trace de macule, ni de papule suspecte. Léger épaissement des plis radiés de l'anus. Pas trace de coryza ni de fissures labiales.

25 mai (cinquième jour) : Diminution de la diarrhée. L'érythème est en grande partie effacé.

26 mai (sixième jour) : Disparition complète de toute vésicule.

OBSERVATION X

Erythème simple

Cailloux, né le 22 avril 1892, entré le 25 mai 1892.

Quelques macules brunâtres existent autour de l'anus, séparées par des intervalles de peau saine, ne formant aucune saillie appréciable ni à la vue ni au palper. Epaissement des plis radiés de l'anus. Quelques-unes de ces macules sont légèrement excoriées. D'autres, au contraire, sont en partie effacées.

Pas de stigmates de syphilis, pas de coryza, pas de fissures labiales, pas de plaques muqueuses commissurales.

Le lendemain (26 mai), diarrhée abondante. Les macules se confondent toutes les unes avec les autres et par place sont irrégulièrement excoriées.

Le 27 mai (troisième jour) : Disparition rapide de toute trace d'éruption.

Vu : le Président de la thèse,
TARNIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine. H. Jouve, 15, rue Racine

